



Registrazione

per l'anno scolastico 20__/20__

Scuola Primaria P1 P2 P3 P4 P5

1. ALLIEVO ENFANT

Cognome | Nom

Nome | Prénom

Data di nascita | Date de Naissance

Nazionalità | Nationalité

Indirizzo | Adresse

Città, codice postale, paese | Ville, code postal, pays

Femmina | Fille **Maschio** | Garçon

2. LINGUA DOMINANTE LANGUE DOMINANTE

Italiano | Italien **Francese** | Français

3. CONOSCENZE LINGUISTICHE CONNAISSANCE LINGUISTIQUE

	Madrelingua Langue maternelle	Avanzato Avancé	Intermedio Intermédiaire	Principiante Débutant	Nessuno Aucune
Italiano - scritto Italien - écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italiano - orale Italien - oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francese - scritto Français - écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francese - orale Français - oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra lingua _____ Autre langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra lingua _____ Autre langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. GUARDIANO LEGALE 1 INFORMATION DU TUTEUR LEGAL 1

Cognome | Nom

Nome | Prénom

Indirizzo | Adresse

Città, codice postale, paese | Ville, code postal, pays

Telefono | Numéro de téléphone

Cellulare | GSM

Email | Courriel

Nazionalità | Nationalité

Professione | Profession

Datore di lavoro | Employeur

Femmina | Femme **Maschio** | Homme

5. GUARDIANO LEGALE 2 INFORMATION DU TUTEUR LEGAL 2

Cognome | Nom

Nome | Prénom

Indirizzo | Adresse

Città, codice postale, paese | Ville, code postal, pays

Telefono | Numéro de téléphone

Cellulare | GSM

Email | Courriel

Nazionalità | Nationalité

Professione | Profession

Datore di lavoro | Employeur

Femmina | Femme **Maschio** | Homme

6. INFORMAZIONI MEDICHE INFORMATIONS MÉDICALES

Mio figlio soffre di | Mon enfant souffre de :

No
Non

Si
Oui

Di una condizione medica grave | d'une condition médicale grave

Di allergie forte o pericolose | d'allergies fortes ou dangereuses

Di una disabilità di apprendimento | d'une difficulté d'apprentissage

Altro | Autre _____

Grazie di allegare i documenti medici | Merci de joindre les documents médicaux

7. INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO INFORMATION SUR LE PAYMENT

Auto-finanziamento
Famille autofinancée

Finanziamento dell'azienda
Minerval payé par l'employeur

Domanda di riduzione
Demande de réduction